H 111
P232

DISSERTATION

N° 38.

SUR

L'ASTHME CONVULSIF;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 25 février 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR ACHILLE-VINCENT DEBEAUVAIS, de Paris,

Département de la Seine.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

27565

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur*.
Physiologie	.....
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	.....
Histoire naturelle médicale	.....
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX, *Président*.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Suppléant*.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Examinateur*.
Clinique médicale	LEROUX. FOUQUIER. ..... CHOMEL, *Examinateur*.
Clinique chirurgicale	BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin, *Suppléant*.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Liserang.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet, *Examinateur*	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance, *Examinateur*.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE.

Témoignage de respect et de tendresse filiale.

Puisse ce premier essai, ma chère mère, vous dédommager des sacrifices nombreux que vous avez faits pour moi!

A.-V. DEBEAUVAIS.

A MA MÈRE.

DISSERTATION

SUR

L'ASTHME CONVULSIF.

La maladie que je vais essayer de traiter n'est pas du nombre de celles que la pratique offre le plus fréquemment à l'observation. Ses progrès sont en général très-lents ; elle n'occasione dans certaines circonstances qu'une incommodité momentanée, qui ne revient que de loin en loin ; et ce n'est guère que lorsqu'elle est déjà fort ancienne que l'existence de ceux qu'elle attaque peut en être compromise.

On voit, d'après cela, qu'on aurait tort de s'étonner beaucoup du petit nombre de recherches auxquelles a donné lieu l'asthme convulsif, et de l'obscurité qui règne eucore sur son histoire.

En choisissant cette maladie pour sujet de ma dissertation, je n'ai pas eu l'espérance de donner des vues nouvelles, ni de jeter un grand jour sur ce point de doctrine : trop heureux si mes efforts ont suffi pour mériter l'indulgence que je réclame d'avance de mes juges et des savans professeurs devant qui je dois paraître !

JUNCKER, *asthma spasticum;* VANHELMONT, *caducum pulmonis;* PINEL, *asthme convulsif.*

Division.

Dans l'état actuel de la science, et d'après les lumières acquises par l'étude de l'anatomie pathologique, la seule division posssible est celle qui distingue l'asthme en secondaire ou symptomatique, et en primitif ou idiopathique.

Nous réserverons cette dernière dénomination pour les cas très-rares où l'observation la plus rigoureuse ne peut nous fournir rien de certain, et jusqu'à ce que des recherches suivies sur cette affection aient donné sur son véritable siége et sur sa nature des notions et des éclaircissemens positifs; car il faudrait, d'après les réflexions judicieuses du docteur *Ferrus*, pour avoir la conviction intime qu'on a observé un asthme essentiel ou idiopathique, avoir suivi un malade depuis le début de sa maladie jusqu'à sa terminaison; et, puisque l'asthme n'est pas constamment mortel, il faudrait que le malade succombât à une affection étrangère aux organes de la circulation et de la respiration; que la cause de la mort fût prompte et instantanée; enfin que le sujet mourût assez jeune pour n'avoir pu acquérir, par les progrès de l'âge, les altérations organiques qui produisent l'asthme ou au moins la dyspnée chez la plupart des vieillards. Or, on ne trouve dans les auteurs aucune observation détaillée de ce genre et qui ait pu par conséquent jeter quelque jour sur le siége de cette maladie.

Causes prédisposantes.

L'asthme peut être souvent une maladie héréditaire. Tous les âges y sont exposés, mais il tient à des causes différentes et prend des caractères divers suivant qu'il affecte les enfans, les adultes ou les vieillards. Les hommes y sont plus sujets que les femmes, excepté dans la vieillesse, où les conditions deviennent égales.

Les individus d'un tempérament nerveux y paraissent plus spécia-

lement disposés ; mais l'influence de certaines habitudes vicieuses, telles que la masturbation, l'abus des plaisirs vénériens, les excès de table, etc., l'influence des passions en général, et surtout les morales vives, concourent plus encore que les prédispositions individuelles à la production de cette maladie (1).

Toutes les professions qui obligent à faire des efforts violens et fréquemment répétés, celles dont l'exercice exige une compression de la poitrine, ou dans lesquelles le poumon est irrité mécaniquement par des molécules de poussière, prédisposent singulièrement aux affections asthmatiques. Dans ces derniers cas, l'impression de ces molécules peut être plus ou moins vive et plus ou moins fâcheuse, suivant leur composition chimique et suivant l'irritabilité de l'individu.

La pléthore, la suppression des hémorrhagies, ou bien celle d'un exanthème quelconque, la cessation prématurée d'un accès de goutte, des évacuations abondantes, de longues suppurations, et plusieurs autres causes générales de maladies ont souvent occasioné celle qui nous occupe.

On remarque surtout l'asthme dans les climats froids et dans ceux qui sont très-froids ou très-chauds.

Zallony, qui en 1809 fit de l'asthme le sujet de sa thèse, observe que cette maladie est pour ainsi dire endémique à Tine, sa patrie, île de l'archipel de la Grèce.

---

(1) La plupart des personnes qui trouvent un asyle à leurs maux dans les hospices étant nécessairement soustraites, par leur genre de vie, aux causes les plus ordinaires de l'asthme convulsif, on ne doit pas s'étonner de le rencontrer très-rarement dans ces tristes retraites de toutes les infirmités. Une autre raison de la rareté de l'asthme dans les hôpitaux, c'est que les accès ne revenant guère que la nuit, ils laissent, dans le plus grand nombre des cas, aux malheureux qui en sont affligés la faculté de se livrer durant le jour à leurs occupations habituelles.

Causes déterminantes.

Les causes déterminantes les plus ordinaires des paroxysmes sont les variations de l'atmosphère, aussi l'hiver et l'été sont-ils les saisons pendant lesquelles cette maladie se montre le plus fréquemment. Nous croyons pouvoir établir, d'après les observations multipliées et contre l'opinion de quelques auteurs, de *Robert Brée* entre autres, que les accès d'asthme sont généralement plus fréquens et plus intenses en hiver. Le docteur *Rostan* dit que : lorsque le froid est dans un état plus voisin de la sécheresse que de l'humidité, il resserre les solides, modère et suspend la perspiration cutanée; que le réseau capillaire de la périphérie du corps se laisse moins facilement traverser par le sang, qui s'accumule alors dans les vaisseaux intérieurs, et surtout dans le poumon. Il n'est donc pas étonnant que les difficultés de respirer soient si communes en hiver, surtout chez les vieillards, dans lesquels il existe presque toujours quelque obstacle à la circulation et qui sont remarquables par leur défaut de réaction.

Le professeur *Richerand* (physiologie) observe que l'atmosphère surchargée d'électricité à l'approche des orages rend très-pénible la respiration de certains asthmatiques : ceci ne détruit point les observations précédentes, les orages n'arrivant que de temps à autre en été, tandis que l'impression du froid, en hiver, est une cause sans cesse agissante. *Floyer* rapporte que les accès d'asthme dont il était tourmenté étaient plus fréquens en hiver, tandis qu'en été ils étaient plus longs et plus intenses.

Mais si l'air froid paraît la cause déterminante la plus ordinaire de cette maladie, elle peut aussi être suscitée par la chaleur externe, par une température très-élevée de l'atmosphère, par le séjour dans un appartement trop échauffé ou dans une salle de spectacle, et particulièrement par l'emploi des bains chauds. L'inspiration des gaz qui se dégagent des matières en fermentation ou en putréfaction, celle de la fumée du tabac, de la poussière, et quelques autres

causes qui paraissent porter spécialement leur action sur le système nerveux, telles que les peines morales, les passions violentes, l'impression de certaines odeurs déterminent fréquemment des accès d'asthme.

Siège de l'asthme.

Les médecins ont, dans tous les temps, cherché à préciser le siège des affections morbides. Connaître l'organe primitivement affecté fut l'objet constant de leurs recherches; mais suffit-il de découvrir l'organe où commence la maladie? Ne faut-il pas encore déterminer pourquoi et comment cet organe est lésé? Ne faut-il pas aussi être d'accord sur la manière dont les propriétés vitales sont modifiées dans les différens tissus de l'organe? Toutefois à défaut d'observations rigoureuses et de recherches sévères anatomico-pathologiques, on puisa long-temps dans l'imagination de vaines théories et la série des controverses qui ont eu lieu sur les causes occultes. Aujourd'hui on doit donner tous ses soins à rechercher les modifications organiques que produisent les causes prédisposantes et occasionelles, ainsi la génération des symptômes qui caractérisent ces modifications. Il n'y a toujours que l'abus et l'application des mauvaises théories qui ont pu éloigner de la recherche des causes prochaines des maladies.

Vanhelmont pensait qu'il existait une cause occulte que nos sens ne sauraient déterminer, et dont l'effet était d'agir par intervalles périodiques sur la surface du poumon, de contracter ce viscère, de gêner fortement la respiration et de former ainsi l'accès d'asthme. Cette idée hypothétique de *Vanhelmont* semble cependant recevoir un nouvel appui des observations rapportées par quelques auteurs; ainsi *Bosquillon* assure avoir connu des personnes chez lesquelles une mauvaise nouvelle occasionait des accès d'asthme, quoiqu'elles ne fussent pas sujettes à cette maladie; il a vu un homme fort et replet qui avait un accès d'asthme lorsqu'on battait du riz dans le voisinage de sa maison.

Cullen a connu la femme d'un pharmacien à qui il en arrivait autant lorsqu'on pulvérisait de l'ipécacuanha dans l'officine de son mari, quoiqu'elle se retirât dans l'endroit le plus éloigné de sa maison.

Horstius a rapporté l'histoire d'une femme qui devint asthmatique en recevant dans les voies pulmonaires la vapeur d'une lessive.

Dans ces cas, qui doivent véritablement constituer ce que l'on entend aujourd'hui par asthme convulsif, asthme essentiel, le système nerveux, et principalement les nerfs du poumon se trouvant dans un état particulier et que l'on ne peut connaître, auraient été influencés de manière à produire tous les phénomènes de l'asthme. Il en est de même de l'observation citée par *Willis*, sur un asthme causé par un amas de sérosité existant à la base du crâne et comprimant l'origine des nerfs qui vont se distribuer aux poumons, ainsi que des expériences qui ont été faites sur les nerfs de la huitième paire et de ce qu'a dit le professeur *Laennec* : « J'ai trouvé, dit-il, la respiration « très-gênée, quoique le bruit respiratoire s'entendît dans toute la « poitrine et avec le caractère puérile, chez quelques adultes, et « même chez des vieillards qui n'avaient point d'affection catarrhale, « au moins continue et habituelle ; et je crois me souvenir que presque tous avaient la respiration courte, et que plusieurs, à raison « de l'oppression qu'ils éprouvaient de temps en temps, pouvaient « être rangés dans la classe des asthmatiques. Cette espèce de dyspnée constitue certainement une affection nerveuse, puisqu'il n'existe « dans ces cas aucune altération organique du poumon. Il n'y a pas « non plus, à proprement parler, d'obstacle au passage de l'air; car « ceux de ces mêmes sujets qui sont attaqués de catarrhe ne présentent de râle que dans une petite partie du poumon à la fois....., « et que dans tous les cas où la respiration est habituellement puérile. La dyspnée ne peut être attribuée qu'à un état particulier du « fluide nerveux ou principe vital, ou si l'on veut au besoin d'une « oxygénation du sang plus forte que celle qui suffit à un homme « sain; ce qui, dans tous les cas, constituerait encore une altéra-

« tion purement nerveuse, c'est à dire invisible, non appréciable « par le témoignage de nos sens, *ou sans matière*, pour parler le lan- « gage des anciennes écoles. » Dans ces divers cas, les poumons n'étaient pas assurément lésés d'une manière notable; mais c'était seulement par la faute, pour ainsi dire, des nerfs qui servent à la respiration que cette fonction était troublée, comme cela survient dans les douleurs violentes qui affectent certaines parties de notre corps, et qui en empêchent l'action. S'il survient, en effet, que les nerfs qui servent à la respiration, ou ceux qui ont quelques connexions avec eux soient irrités, comprimés ou lésés d'une manière quelconque, il peut en résulter une lésion plus ou moins grave dans cette fonction, susceptible de donner naissance à tous les phénomènes de l'asthme; car il est hors de doute aujourd'hui que toutes les causes prochaines de l'asthme, qu'il soit idiopathique ou symptomatique, agissent de la même manière : toutes tendent au même but, celui d'empêcher le poumon d'exécuter librement la fonction qui lui est confiée, de convertir le sang veineux en sang artériel.

Quand on voit l'asthme se développer peu à peu sans que la circulation soit primitivement affectée, lorsqu'il résulte de causes qui ont agi immédiatement sur le poumon; lorsqu'il subsiste pendant un temps illimité, l'individu qui en est affecté ayant été sujet pendant sa vie à de fréquens catarrhes pulmonaires qui ont précédé et accompagné l'asthme; lorsqu'il n'y a, dans le commencement de l'affection, ni palpitations à la région du cœur, ni inégalités, ni irrégularités dans le pouls; lorsque la face n'est ni bouffie, ni vultueuse, qu'elle est plutôt pâle et amaigrie, alors l'irritation, l'oppression, le spasme et les efforts qui caractérisent les accès d'asthme doivent à la longue produire des désordres dans les organes centraux de la circulation. De là viennent toutes ces lésions organiques que l'on rencontre chez les vieillards asthmatiques, et qui ont été l'effet et non la cause de l'asthme, quoiqu'une fois établies elles ne puissent manquer d'ajouter à la gêne de la respiration. Ainsi, lorsque les maladies du cœur coïncideront avec une maladie du poumon, si on étudie avec

soin l'histoire de la santé des malades, on verra, comme le dit le professeur *Corvisart*, « que les dyspnées chroniques, de quelque nom qu'on les appelle, sont souvent cause des maladies du cœur et des gros vaisseaux, ce que l'histoire du malade doit toujours apprendre (1). »

Cependant il n'est pas impossible que les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux ne puissent être le siége primitif de l'asthme; mais alors on ne connaîtra facilement la maladie essentielle par les signes généraux de ces affections, et par les signes fournis par la percussion de la poitrine et par l'auscultation médiate, tels que les palpitations à la région du cœur, la bouffissure et l'état vultueux de la face; la lividité des lèvres, l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané, surtout celui des extrémités inférieures; le son plus ou moins mal rendu par la percussion de la région précordiale, le bruit particulier des oreillettes et des ventricules, l'étendue des battemens du cœur, etc.

On examinera avec soin la constitution de l'individu, sa physionomie, l'histoire des accidens préalables, du mode d'invasion, les phénomènes que présente le pouls hors le temps de la toux (*Corvisart*). Dans ces circonstances, presque toujours la dyspnée surviendra indifféremment la nuit et le jour et d'une manière lente et graduelle, l'organe qui est le siége de la maladie n'étant jamais parfaitement libre dans les rémissions, même remarquables, qui peuvent avoir lieu.

On a placé avec plus de raison, dans ces derniers temps, le siége de l'asthme dans les bronches et surtout dans la membrane muqueuse. Cette dernière membrane est, en effet, la partie principale de ces organes, c'est elle qui se trouve en rapport avec l'air atmosphérique et avec toutes les causes morbifiques qui agissent directement sur le poumon. On ne doit donc pas être étonné de la fréquence des

---

(1) Essai sur les maladies du cœur, troisième édition, p. 445.

maladies dont elle est susceptible; et si l'on n'a pas fait attention à tous les cas où l'on trouve des traces non équivoques d'affections inflammatoires ou autres des bronches chez les asthmatiques, c'est que jusqu'à présent on n'a pas étudié ces affections avec tout le soin qu'elles exigent, et que souvent les traces de l'inflammation, même la mieux caractérisée, ne se retrouvent pas toujours après la mort, surtout dans les membranes.

Il est cependant des auteurs anciens qui ont reconnu à l'ouverture des cadavres quelques-unes de ces lésions des organes de la respiration; mais alors, dans ces circonstances, elles étaient trop considérables pour être inaperçues. Il ne faut en accuser que l'état d'enfance où se trouvait l'anatomie pathologique dans le temps où ils vivaient, et les faibles traces, comme nous l'avons dit, que ces diverses maladies laissent souvent après la mort. Ainsi *Sauvages* a vu le poumon d'une vache emphysémateux; il dit que les hommes sont aussi sujets à cette espèce d'asthme, mais qu'il n'en connaît ni les symptômes, ni les remèdes.

Floyer a observé la même chose sur une jument poussive dont il rapporte l'observation avec soin. Il ajoute que cette enflure flattueuse a souvent été observée chez les asthmatiques; et d'autres auteurs ont vu les poumons tellement grossis, qu'ils pouvaient à peine tenir dans le thorax ouvert. *De Graaf* dit avoir trouvé la substance du poumon et ses vaisseaux distendus par des flatuosités : *Sæpiùs ostendimus pulmonum parenchyma atque vasa flatu adhuc distenta, etc.*

Mais ces auteurs n'avaient observé ces lésions qu'en général; aucun ne les avait décrites d'une manière particulière; ils ignoraient même quelle partie du poumon était spécialement affectée; ils croyaient que la lésion qu'ils observaient était due à l'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire interlobulaire du poumon. Il était réservé aux modernes, et surtout au professeur *Laennec*, de nous faire connaître par des signes certains et positifs, et d'indiquer avec une rare exactitude quelles sont les altérations de tissu que l'on rencontre dans les cadavres des sujets morts asthmatiques, et qui sont produites le plus

souvent par l'emphysème du poumon à un degré quelconque et par le catarrhe pulmonaire chronique. En effet, lorsqu'on considère attentivement les phénomènes que présentent ces affections, comparés à ceux auxquels l'asthme donne naissance, on voit que les mêmes causes, les mêmes symptômes leur sont communs, et que nécessairement l'asthme ne doit être considéré, dans la plupart des cas, que comme un symptôme de ces affections.

L'astriction spasmodique des ramifications bronchiques, admise par *Cullen* comme cause prochaine de l'asthme, et qui, selon le docteur *Blaud*, de Beaucaire, a lieu dans l'appareil musculaire que *Reisseisen* a découvert et qui entoure les vésicules des bronches ; cette astriction, dis-je, n'est démontrée par aucune observation.

On conçoit seulement par analogie qu'elle puisse avoir lieu dans les bronches, comme on l'admet dans les intestins, etc. *Cullen* pense que cette constriction peut elle-même dépendre de la pléthore ou de toute autre cause qui donne lieu à la plénitude et à la distension extraordinaire des vaisseaux du poumon. Ainsi, il ne va pas chercher ailleurs que dans cet organe la cause immédiate des symptômes caractéristiques de l'asthme ; il pense que ces symptômes sont évidemment liés à un état morbide de ce viscère.

Or, on ne peut douter aujourd'hui que cette constriction que l'on observe dans les conduits tapissés par les membranes muqueuses ne soit l'effet le plus ordinaire de l'inflammation chronique de ces membranes, et que cet état morbide du poumon, que *Cullen* n'indique pas, ne doive être rapporté au catarrhe pulmonaire chronique.

On s'est servi de cette constriction des bronches pour expliquer cette anxiété et ce sentiment insupportable de suffocation qui est le symptôme le plus saillant de l'asthme. On conçoit sans peine que le plus léger resserrement des ramifications et des cellules bronchiques, en empêchant l'entrée et la sortie libres de l'air, puisse l'occasioner. La diminution de la quantité de l'air inspiré ayant certainement lieu, il est évident que la poitrine ne peut se dilater dans les accès d'asthme comme dans l'état ordinaire de la respiration; alors, cette

fonction ne s'exécutant plus avec toute sa régularité, le sang n'est plus convenablement oxygéné, il traverse difficilement le poumon et le cœur ; les muscles du thorax, le diaphragme et tous ceux qui concourent à l'acte respiratoire font des efforts violens pour élever les côtes et dilater la poitrine, afin que les poumons aient suffisamment d'espace pour leur expansion, et que l'air puisse entrer plus abondamment par l'inspiration. Ces efforts des muscles de la respiration ont lieu, dans quelques circonstances, avec tant de force, qu'il en résulte des mouvemens convulsifs et comme tétaniques ; c'est sans doute pour cela que ces mouvemens ont paru à quelques auteurs, *Th. Willis*, *Darwin* et *R. Brée*, le signe pathognomonique de l'asthme, et que ce dernier fait jouer à ce phénomène un rôle si important dans l'ouvrage qu'il a publié sur les désordres de la respiration.

Après avoir parcouru les observations rapportées par les auteurs qui ont écrit sur l'asthme, on est étonné de voir de combien de manières, par combien de causes diverses l'asthme s'est développé. Nous allons examiner, en général, quelles sont les nombreuses maladies qui peuvent l'occasioner, et qui, la plupart du temps, coexistent avec lui. On doit mettre au premier rang le catarrhe pulmonaire chronique, la rougeur et l'épaississement de la membrane muqueuse du poumon ; et, par conséquent, le rétrécissement des canaux qu'elle tapisse est une des causes prochaines les plus fréquentes de l'asthme, parce qu'alors ces parties, qui, dans leur état naturel, sont spécialement chargées de la fonction principale des poumons, ne peuvent remplir cette fonction qu'avec peine et sans régularité. L'emphysème du poumon, qui n'est qu'un effet coïncident ou consécutif du catarrhe pulmonaire chronique, est susceptible de donner très-souvent naissance à l'asthme ; et, comme le pense le professeur *Laennec*, si cette lésion a échappé presque entièrement aux anatomistes, c'est qu'on n'y a pas fait attention et qu'elle n'est, en quelque sorte, qu'une exagération de l'état naturel du poumon. On reconnaîtra facilement ces maladies par les signes généraux qu'elles fournissent, mais sur-

tout par ceux que donnent ensemble la percussion et l'emploi du stéthoscope. On a vu l'asthme être produit par la pleurésie et la péripneumonie chroniques, par les tubercules pulmonaires, par toutes les altérations des organes centraux de la circulation, par l'œdème du poumon, par les adhérences de la plèvre costale à la plèvre pulmonaire, par l'hydrothorax, par le rachitisme, par les lésions organiques des viscères de l'abdomen, par la compression des nerfs de la huitième paire, par les tumeurs de différente nature qui se développent dans le médiastin. *Floyer* l'a vu succéder à des fièvres intermittentes.

Morgagni rapporte l'histoire d'une fille qui mourut dans un violent accès d'asthme, et chez laquelle se trouva une collection purulente à la partie postérieure du larynx. On l'a vu entretenu par des concrétions crétacées du poumon; cependant, le professeur *Laennec* assure avoir trouvé des concrétions chez des sujets qui avaient la respiration parfaitement libre, et il lui paraît certain qu'on n'a jamais trouvé dans le poumon de ces concrétions d'un assez grand volume, ni assez nombreuses pour produire un degré de dyspnée aussi intense que celui qui caractérise l'asthme.

Nous n'indiquerons point ici en détail quels sont les caractères particuliers qui peuvent faire distinguer l'asthme des maladies avec lesquelles on pourrait le confondre. Nous avons vu qu'il pouvait être produit par presque toutes les lésions qui attaquent les organes qui ont quelques connexions avec les poumons, et que, dans la plupart des cas, il n'était qu'un symptôme de ces mêmes affections, et non une maladie particulière. Ainsi, puisque nulle observation, ni aucun fait d'anatomie pathologique n'établissent positivement l'*asthme essentiel*, je suis porté à révoquer en doute l'essentialité de cette maladie; et si l'on veut conserver cette dénomination, qu'elle soit uniquement réservée pour les cas où l'observation la plus rigoureuse n'offrira rien de positif sur le siége de cette affection, qu'elle soit enfin l'expression d'un inconnu.

Quant à la place que l'asthme doit occuper dans un cadre noso-

graphique, on croit que n'étant, dans la plupart des cas, qu'un symptôme d'autres maladies, il doit être rangé dans les classes de ces diverses affections.

On devra toutefois lui conserver la place que le professeur *Pinel* lui a donnée dans les névroses de la respiration, si, par l'observation la plus rigoureuse des phénomènes qu'il présente, on ne peut lui assigner un siége certain.

Description générale.

Ainsi que nous l'avons déjà dit plus haut, l'asthme est une affection spasmodique et périodique des organes de la respiration, accompagnée d'une sorte d'anhélation habituelle plus ou moins prononcée et d'accès de suffocation plus ou moins fréquens, plus ou moins intenses. Lors des accès, la respiration devient stertoreuse et sifflante.

Cette maladie est de longue durée et continue ; elle devient habituelle, et est cependant marquée par des accès souvent périodiques. Nous la considérerons, en en faisant deux articles séparés, dans l'état ordinaire du malade, et dans les paroxysmes pendant lesquels les accidens sont exaspérés.

Symptômes communs.

L'asthme présente des signes et des symptômes qui lui sont particuliers ; il en offre qui sont communs aux lésions du cœur et des gros vaisseaux, et conséquemment qui sont communs à l'hydrothorax. Ce sont les symptômes communs que nous allons d'abord examiner, en faisant remarquer en quoi cependant ils diffèrent dans chacune.

Ces symptômes sont : la dyspnée ou difficulté de respirer, qui cause l'essoufflement, les battemens de cœur, l'intermittence du pouls ; l'état vultueux du visage, la coloration des pommettes, la toux, l'interruption du sommeil.

Dyspnée.

Dans l'asthme, la dyspnée est bien plus constante que dans les maladies du cœur ; c'est elle, c'est la gêne de la respiration qui a donné son nom à l'asthme, mot synonyme de *dyspnée.* Elle est continuelle et bien plus exprimée dans les accès. Cette difficulté de respirer se manifeste le jour comme la nuit.

Dans le jour, les variations de l'atmosphère influent chez les asthmatiques d'une manière bien plus sensible sur les organes de la respiration que dans les lésions du cœur. Il semble au malade qu'il ne trouve pas d'air à respirer ; sa poitrine est comprimée ; il ne peut dilater son poumon ; il souffre davantage dans les temps d'orage, de pluie, de dégel ou de brouillards ; il les annonce comme ferait un baromètre : il faut alors lui tenir les fenêtres ouvertes. Habituellement il ne peut ni marcher vite, ni monter un escalier, ni gravir le plus petit monticule sans être extrêmement essoufflé. Pendant les accès il ne peut faire aucun exercice.

Sommeil.

La nuit, le malade ne peut dormir, ni même reposer, que la tête et la poitrine très-élevées ; il faut qu'il soit comme assis dans son lit ; souvent il est obligé de rester dans un fauteuil : tel asthmatique passe dix, quinze, vingt ans sans se coucher horizontalement.

La plupart des médecins de Paris peuvent se rappeler un de leurs confrères, M. *Busnet,* maître en chirurgie, qui souffrit de cette cruelle maladie pendant fort long-temps ; il ne put se coucher pendant trente ans.

Le sommeil est aussi interrompu dans l'asthme que dans les lésions du cœur ; il est également troublé par les rêves pénibles, également terminé par des réveils en sursaut.

Battemens de cœur.

Les battemens de cœur dans l'asthme ne sont pas constans comme dans les lésions de cet organe ; cependant il y en a quelquefois, ainsi que des palpitations, mais seulement durant les accès.

Pouls.

Dans l'asthme, le pouls est aussi souvent intermittent que dans les lésions du cœur, surtout chez les vieillards, et plus pendant les accès que dans l'état ordinaire ; nouvelle preuve du rapport intime qui existe entre la respiration et la circulation.

Visage.

Le visage n'est pas aussi constamment vultueux dans l'asthme que dans les lésions du cœur ; il n'approche pas autant de l'apparence apoplectique. Les pommettes sont d'un rouge aussi vif et également circonscrit ; mais elles sont moins vergetées que dans les maladies du cœur.

Toux.

La toux est plus constante que dans les lésions de la circulation. Tantôt elle est convulsive ; elle se fait par quintes, qui navrent le malade, qui le suffoquent. Elle produit un sifflement presque comme dans la coqueluche, et produit une expectoration de matière visqueuse, ténace, gluante ; très-rarement elle amène du sang.

Tantôt la toux est sèche, fatigante, et n'est suivie d'aucune expectoration ; ce qui a fait distinguer cette maladie en *asthme humide* et en *asthme sec.* Ce sont ces divers accidens, qui se trouvent plus ou moins exprimés dans l'asthme et dans les lésions du cœur ou des gros vaisseaux, qui ont fait si long-temps confondre ces deux maladies.

Voici maintenant les signes et les symptômes qui les font différer essentiellement l'une de l'autre.

Symptômes particuliers.

L'asthme se manifeste quelquefois dès le plus bas âge ; on rencontre des individus qui en sont atteints dès la mamelle, et qui continuent à l'être jusqu'à la vieillesse.

L'asthme est marqué par des accès plus ou moins périodiques, plus ou moins longs, plus ou moins fâcheux, dans lesquels, nous le répétons, tous les symptômes sont exaspérés; mais ces accès laissent des intervalles, dans lesquels il ne reste que de la dyspnée, de l'essoufflement et de la toux, qui n'est qu'incommode. Cette manière d'être établit une grande différence entre l'asthme et les lésions du cœur, dans lesquelles les symptômes se développent uniformément, graduellement, et presque sans interruption marquée.

La toux est plus constante, plus habituelle dans l'asthme que dans les lésions du cœur; elle devient souvent convulsive, ce qui a fait donner particulièrement à cette espèce le nom d'*asthme convulsif*.

Lorsqu'on percute la poitrine, on obtient du son dans toutes ses régions; ce qui établit une différence sensible entre l'asthme et les lésions du cœur et des gros vaisseaux.

Accès.

Les accès d'asthme surviennent en général de dix heures du soir à deux heures du matin, ou aux approches de la nuit. Il n'est pas sans exemple qu'ils surviennent pendant le jour (*J. Frank*) : ils commencent tout à coup par un sentiment de compression et de resserrement de la poitrine. Si le malade est dans une position horizontale, il est sur-le-champ obligé de la quitter pour en prendre une verticale (orthopnée); le malade éprouve un besoin impérieux de respirer un air libre et frais : la difficulté de l'acte respiratoire augmente progres-

sivement. L'inspiration est beaucoup plus pénible que l'expiration ; celle-ci est lente et tardive, et le plus souvent ronflante et sifflante (*Floyer, Sauvages*). La parole est embarrassée ; la toux, ordinairement fréquente, n'est jamais accompagnée d'expectoration au commencement de l'accès ; le malade est dans une extrême agitation, dans un état d'anxiété inexprimable. La suffocation paraît imminente, et l'on a peine à concevoir que des accidens aussi effrayans puissent cesser en quelques heures, sans laisser de traces après eux.

« La face est tantôt pâle, tantôt colorée ; souvent elle se présente « alternativement sous ces deux aspects dans le même accès. Les yeux « sont saillans, et cette saillie, qu'on remarque même pendant l'in- « tervalle des accès chez les individus asthmatiques depuis long- « temps, devient, lorsqu'elle n'est pas congéniale, un signe qui, « avec l'état variqueux des veines labiales, peut servir à caractériser « l'asthme (*J. Frank*) ; les pieds, les mains, le nez, les oreilles sont « refroidis ; la face et la poitrine sont souvent couvertes de sueur. »

Au bout de deux, trois ou quatre heures, ces symptômes diminuent d'intensité, et, vers le matin, leur rémission est presque complète. Le malade parle et tousse avec plus de facilité ; l'expectoration muqueuse devient abondante et annonce la détente générale, et le calme qui doit la suivre : ce calme permet au malade de se coucher et de prendre quelque repos. Ordinairement l'asthmatique préfère s'appuyer sur les coudes, la tête entre les mains, et dormir dans cette position. Le pouls, sans avoir éprouvé d'altération remarquable dans le commencement de l'accès, acquiert à la fin plus de développement : la face revient presque à son état naturel, seulement elle reste légèrement bouffie ; l'urine, d'abord abondante et aqueuse, devient rare, foncée, et quelquefois dépose un sédiment copieux et rougeâtre.

Quand l'accès doit revenir la nuit suivante, le malade conserve ordinairement pendant la journée un sentiment de resserrement à la poitrine, une difficulté de respirer qu'augmente le décubitus sur un plan horizontal, ou un exercice un peu violent ; il éprouve, après

avoir mangé, un gonflement à l'épigastre, de là disposition à l'assoupissement. Ces symptômes ne se rencontrent pas toujours dans l'intervalle des accès, et quelquefois ils annoncent le premier.

Les retours de cette affection ne sont subordonnés à aucune règle générale. Chez quelques individus, ils n'ont lieu qu'au bout d'un an, ou même de plusieurs années; chez d'autres, et c'est le plus grand nombre, ils arrivent à la fin de chaque mois ou de chaque révolution lunaire, avec la même régularité qu'affecte l'apparition des règles chez les femmes.

On voit, dans une observation de *don Antonio Franseri*, traduite de l'espagnol par le professeur *Hallé*, et consignée dans le Journal de Médecine, an 9, l'exemple le plus frappant d'un asthme influencé par la lune. Les accès avaient régulièrement lieu deux fois par mois; l'époque de leur retour était invariablement fixée à la nouvelle et à la pleine lune, et le temps du plus haut degré d'intensité est de neuf à onze heures du soir (1).

Hélian parle d'un asthmatique qui n'avait que deux accès par an, qui étaient invariablement fixés aux solstices.

Enfin on a vu des accès d'asthme reparaître chaque jour; mais ce n'est ordinairement que chez les malades atteints d'une altération organique : ces retours se composent de plusieurs accès quotidiens, cinq, six, plus ou moins analogues en tout à celui que nous venons de décrire, mais qui diminuent de jour en jour d'intensité.

Si pendant les accès d'asthme on percute la poitrine, on s'assurera que cette cavité paraît résonner quelquefois même mieux que dans l'état naturel (*Corvisart*).

---

(1) Cette observation est encore curieuse et intéressante sous le rapport de la sensibilité excessive dont la malade fut affectée dans la suite, de manière que le son seul des cloches la jetait dans des accès de suffocation si violens, qu'on craignait à tous momens qu'elle n'expirât. Son médecin retira de la musique un moyen de la préserver de ces graves accidens.

Si on emploie le stéthoscope, on reconnaîtra que la respiration fait entendre, avant que l'expectoration s'établisse, un râle sibilant sec, plus sensible pendant l'expiration que pendant l'inspiration; lorsque l'expectoration commence à s'établir, le râle sibilant sec est remplacé par le râle muqueux, qui finit lui-même par disparaître entièrement.

Hors les accès, l'exploration de la poitrine par l'auscultation médiate devra faire reconnaître tous les phénomènes qu'on rencontre dans le catarrhe pulmonaire chronique, dans l'emphysème du poumon, etc.; puisque, comme nous l'avons déjà dit, l'asthme n'est dans la plupart des cas, qu'un symptôme de ces affections.

Variétés des accès.

Les accès peuvent présenter beaucoup de variétés dans les symptômes précurseurs et dans l'invasion; souvent les signes que nous avons énumérés existent; d'autres fois, les accès se déclarent à l'instant; les symptômes ne sont pas moins variables; l'expectoration n'a pas lieu ordinairement pendant une grande partie de l'accès, sur la fin il y a une toux humide, accompagnée d'une expectoration abondante.

Marche.

Ordinairement les accès reviennent pendant tout le reste de la vie, avec des circonstances qui varient suivant le tempérament, la constitution, les circonstances où le sujet se trouve et le régime. Souvent les accès sont séparés par des intervalles qui varient pour leur durée pendant quelques mois, même un an dans le commencement; d'autres fois il n'y a pas de santé parfaite, il reste de la toux, de la dyspnée, ce qui a lieu quand l'asthme est compliqué avec une maladie organique du cœur. Les accès se renouvellent facilement par une une cause irritante, par une émotion vive; souvent par une odeur forte, par une vapeur malfaisante; souvent par la chaleur, par un air

renfermé, par un bain chaud : dans ces cas, les accès sont plus fréquens l'été et les jours caniculaires que dans les autres saisons plus froides. Les accès sont aussi facilement renouvelés par les changemens de l'atmosphère, surtout par ceux qui se font subitement du froid au chaud, ou quand l'atmosphère est plus légère; c'est pourquoi les endroits les plus élevés ne conviennent pas aux asthmatiques.

Le plus ordinairement les accès reviennent irrégulièrement, surtout qnand ils sont influencés par l'atmosphère; tout ce qui resserre la poitrine, le gonflement de l'estomac par une trop grande quantité d'alimens et par des vents; l'exercice, et tout ce qui tend à accélérer la circulation peuvent ramener les accès; et, lors même qu'ils ne déterminent pas un accès complet, ils sont nuisibles; il en est de même de l'impression de l'air froid et humide.

Durée.

Elle est extrêmement variable suivant le régime, la constitution, le traitement; quelquefois les accès sont aigus, vont en augmentant d'intensité et se rapprochent; la santé devient faible, chancelante; la respiration continuellement gênée, la marche pénible; le malade est essoufflé quand il monte. Lorsque les accès sont ainsi rapprochés, il n'y a dans les intervalles aucun soulagement; le malade est continuellement essoufflé. L'enflure survient d'abord aux jambes, puis gagne peu à peu tout le corps; et la mort, qui s'ensuit, n'arrive souvent qu'un an ou deux après l'enflure des jambes; quelquefois l'enflure est générale, et le malade vit encore pendant quelque temps : dans tous ces cas, la mort survient avec des symptômes de leucophlegmatie, d'autres fois avec l'hydrothorax, ce qui est commun. Quelquefois on vit très-long-temps avec l'asthme; d'autres fois il tue très-promptement, c'est quand il paraît tard. Enfin, il est possible que l'asthme se guérisse, s'il est récent, produit par la rétrocession d'une éruption cutanée qui reparaît; quelquefois aussi par un exutoire que l'on réta-

blit, ou par un retour d'accès régulier de goutte, ou enfin spontanément sans crise, comme quand l'asthme est produit par une émotion vive, une frayeur subite.

Terminaisons.

L'asthme peut se terminer de différentes manières.

1°. Par le retour à la santé, soit que cette affection disparaisse spontanément pour ne plus revenir, soit qu'il arrive certains phénomènes critiques auxquels on puisse attribuer l'élimination de la cause morbifique, soit enfin par les secours de l'art.

2°. Par la mort, terminaison fréquente chez les enfans, rare dans l'âge plus avancé, surtout tant que cette affection reste essentielle et simple.

On conçoit cependant comment elle peut avoir lieu, lorsque le resserrement des tuniques des bronches est d'une durée telle que l'air nouveau ne puissse plus arriver aux vésicules pulmonaires, mais seulement jusqu'aux premières divisions de ces conduits aérifères, altération profonde dans les propriétés vitales des poumons, suspension funeste dans *l'absorption et l'excrétion*, qui sont réparties à ces organes; alors la couleur vermeille du sang diminue en raison directe de la quantité d'air resté dans les vésicules aériennes, l'action du poumon s'anéantit, enfin la circulation s'arrête, et l'on peut dire que le malade meurt asphyxié. D'autres fois il y a d'abord syncope; lorsque les malades sont excessivement épuisés, toute l'habitude du corps se couvre d'une sueur froide, le cœur cesse de battre pour quelque temps; et s'il ne pénètre pas bientôt de l'air dans les poumons, dont les vésicules sont resserrées, ou plutôt remplies de sérosité visqueuse, le sang qui peut arriver au cœur n'ayant reçu qu'une élaboration imparfaite, ne peut imprimer dans les fibres de cette organe les mouvemens expressifs de systole et diastole; de la circulation s'arrête, *la force vitale* fuit des parties, et les malades passent de cette mort mo-

mentanée à une mort réelle, en ne présentant plus que la triste image et l'effroyable peinture d'un cadavre.

L'ouverture des corps a démontré que la mort peut arriver par un autre mécanisme, bien qu'avec le même résultat, que par suite de la roideur tétanique qui frappe les fibres des vésicules aériennes, leur force tonique cède, leur rupture en est la suite; l'air s'infiltre dans le tissu lamineux qui unit les lobes des poumons entr'eux et la *plèvre pulmonaire* à leur masse. Si *cet emphysème* est considérable, la dilatation des organes respiratoires est arrêtée par cet air infiltré; celui du dehors ne séjourne plus dans les vésicules pulmonaires, de là les phénomènes subséquens ci-dessus mentionnés, de là l'atteinte inévitable et mortelle qui en résulte.

3°. Par une autre maladie, soit que l'asthme disparaisse pour être remplacé par une autre affection, soit qu'après lui avoir donné naissance cette dernière l'accompagne ou alterne avec lui. Cette considération rentre toute entière dans les complications.

Complications.

Les maladies qui peuvent compliquer l'asthme sont très-nombreuses, et je ne ferai que les indiquer.

Cette maladie peut se lier aux phlegmasies des organes contenus dans la cavité du thorax, je veux dire à la pleurésie, fréquemment au catarrhe pulmonaire et à la pneumonie; elle donne quelquefois lieu à l'hydrothorax, lorsque les propriétés vitales des absorbans sont diminuées, ou que leur action n'est plus en rapport avec l'exhalation qui a lieu dans les cavités des plèvres.

Quelques auteurs pensent aussi que l'asthme invétéré peut donner lieu à la phthisie tuberculeuse des poumons; pour moi, je n'oserais affirmer, et je serais plus porté à considérer, avec M. *Bayle* et l'illustre M. *Fouquier*, cette maladie comme étant due au développement d'une disposition particulière et de la nature spéciale de l'individu. Il n'en serait pas de même si la phthisie consistait dans

l'inflammation chronique et ulcéreuse de la membrane muqueuse qui revêt l'intérieur des bronches.

Rien de plus commun que le développement des maladies organiques du cœur et des gros vaisseaux sous l'influence nerveuse de la maladie que je décris; cela se conçoit très-bien, quand on réfléchit aux rapports immédiats que la respiration a avec la circulation. Pour peu, en effet, que l'asthme se prolonge, les organes de cette fonction se ressentent bientôt de l'ébranlement et des secousses violentes qui accompagnent les accès; de là les anévrysmes du cœur ou de l'aorte, soit que le sang, qui, éprouvant beaucoup de difficulté à traverser les poumons, s'accumule dans les cavités droites du cœur, soit que, par son élaboration imparfaite, arrivé dans les cavités gauches, il agisse sur leurs parois de manière à en changer le mode d'action. Peut-être, d'ailleurs, le cœur lui-même, dans ces mêmes accès, participe-t-il plus ou moins aux contractions spasmodiques des organes respiratoires.

Enfin l'asthme peut s'associer à beaucoup de maladies nerveuses, telles que l'hypochondrie, l'hystérie, etc.

Diagnostic.

Il est facile, s'il y a difficulté de respirer, si les accès reviennent régulièrement au milieu de la nuit, s'il y a suffocation extrême, une toux sèche suivie d'une expectoration plus ou moins abondante. Le retour périodique des accès sont autant de caractères qui empêchent de confondre cette maladie. Cependant l'asthme, comme nous l'avons déjà dit, est souvent confondu avec une maladie organique du cœur, qui en est la cause : dans ce cas, nous le répétons, on observe en même temps tous les signes propres à la maladie du cœur, et dans les intervalles un étouffement, des palpitations, l'irrégularité du pouls, une figure vultueuse, et dans beaucoup de cas les symptômes propres à la maladie du cœur précèdent ceux de l'asthme.

Prognostic.

Cullen (Médecine pratique) a tracé en peu de mots le véritable prognostic de l'asthme. Quelque effrayante que paraisse cette maladie, dit ce célèbre observateur, elle est rarement mortelle, et plusieurs personnes vivent extrêmement long-temps, quoique sujettes à ce genre d'affection. Cependant, dans plusieurs cas, dit encore le même auteur, l'asthme est fatal très-promptement, et peut-être l'est-il toujours après un long espace de temps.

Ce prognostic, comme on le voit, n'est pas également sérieux dans tous les cas. L'âge et la constitution, les circonstances où l'on est placé, le degré d'ancienneté de la maladie, les complications qui surviennent, les causes qui y donnent lieu, apportent des différences dans l'issue probable de cette maladie.

Ainsi, toutes choses égales d'ailleurs, l'asthme est bien plus fâcheux pour un vieillard chez lequel la maladie est ancienne et les accès très-répétés que chez un jeune homme qui n'a eu que quelques attaques. Celui qui évite toutes les causes capables de renouveler les accès peut naturellement se promettre une existence plus longue que celui qui est obligé de vivre sous leur influence.

Autopsie cadavérique.

Généralement, chez les malades atteints d'asthme essentiel ou convulsif, on n'a trouvé aucune désorganisation dans les poumons; seulement on les trouve quelquefois d'un volume moindre que dans l'état ordinaire.

Si le malade meurt dans l'accès, on trouve les poumons diminués de volume, le tissu sain; mais si on souffle de l'air par la trachée-artère, les organes n'en reçoivent presque pas. On a attribué ce phénomène au resserrement des vésicules pulmonaires.

Si, au contraire, le malade meurt lentement et par suite de la rup-

ture des vésicules aériennes, les poumons sont plus volumineux ; ils présentent à leur surface extérieure des inégalités formées par l'air infiltré, qui disparaissent sous le doigt : on peut les réunir ensemble sans éprouver de résistance. Si on essaie de pousser de l'air dans les poumons, il n'en ressort pas même par une pression assez forte exercée sur leur masse.

Nul doute alors qu'une grande partie des vésicules aériennes ne soient détruites, et que l'air ne passe par des routes accidentelles.

Traitement.

Je le divise en trois temps ; de là trois indications à remplir :

1°. Modérer la violence de l'accès ;

2°. Prévenir son retour ;

3°. Rétablir les propriétés vitales des organes respiratoires dans leur rapport naturel.

Traitement de l'accès.

L'indication consiste à placer favorablement le malade pour bien respirer, à éloigner la cause qui a pu déterminer l'accès, enfin à calmer le spasme.

Il est urgent de faire tenir le malade assis, et de l'exposer à un air libre et frais, de le soustraire à toute espèce de fumées ou de vapeurs nuisibles ; puis on a recours aux antispasmodiques : mais avant d'y recourir, il est utile d'examiner s'il y a pléthore sanguine ou embarras des voies digestives.

La saignée est un moyen énergique dans le premier cas pour combattre le spasme ; dans le deuxième, les légers vomitifs diminuent beaucoup les accidens.

Chez les très-jeunes sujets, on évacue rarement du sang ; cependant, si l'enfant était déjà âgé, et de constitution forte, on peut se permettre d'appliquer quelques sangsues au cou ; mais si le malade est adulte ou d'un âge plus avancé, et toujours d'un tempérament san-

guin, d'une constitution assez forte, on doit sur-le-champ pratiquer une saignée du bras, que l'on peut même réitérer selon le besoin, mais avec toute la réserve que commandent les forces du malade. Au reste, écoutons ici Stahl : *Phlebotomiam primam asthmatico allevatum afferre, secundam (tertiamque quandòquè) certissimè constat, sanguinem sarcinamque diminuendo nec non spiritus liberrimè movendo; atqui, si sanguis nimis (trahitur) vasa extemplò concidunt; undè spiritus depauperantur, ut pituitæ digerendæ, separandæ et excernendæ nullo modo pares fuerint.* Si, au contraire, le malade est doué d'un tempérament nerveux par excellence, ou s'il conserve peu de forces, on doit être très-circonspect sur son emploi. Il faut d'ailleurs savoir que l'effet de la saignée est quelquefois trompeur ; elle peut modérer, il est vrai, les symptômes de l'accès en facilitant la circulation pulmonaire, ou produire une rémission subite ; mais elle finit par affaiblir les solides et déterminer la diathèse séreuse.

Quant à la plénitude de l'estomac, il est très-avantageux de déterminer le vomissement avant que le spasme ne prenne, mais jamais quand il existe, par des boissons légèrement émétisées soit par l'ipécacuanha, le tartrate antimonié de potasse, ou mieux encore par l'oxymel scillitique.

Pendant toute la durée de l'accès, on fait usage d'antispasmodiques : ainsi le musc a assez fortes doses, pour calmer le spasme et provoquer légèrement les sueurs, le camphre uni au nitrate de potasse ou à l'opium, l'éther sulfurique ou la liqueur minérale d'*Hoffmann*, l'eau de fleurs d'oranger, la teinture de castoréum, l'extrait de laitue vireuse à la dose de quelques grains, les gommes résines assa-fœtida et ammoniaque dissoutes dans un acide végétal quelconque. L'acétate de plomb, à très-légères doses, a quelquefois calmé le spasme ; il est inutile de dire qu'on peut varier ces moyens de diverses manières, et qu'on peut se servir encore avec avantage des pilules de cynoglosse de quatre à six grains, d'extrait d'aconit, de belladone de demi-grain à deux grains dans le commencement. Enfin si l'accès est intense, on donne des lavemens antispasmodiques, par

exemple, on dissout deux gros d'assa-fœtida dans un véhicule quelconque; on fait des frictions sur la partie antérieure du thorax avec le liniment volatil ou le baume tranquille. Les contre-irritans pour dériver l'irritation spasmodique, ainsi les sinapismes aux pieds, etc., ne doivent pas être négligés. Bien entendu qu'on doit surtout avoir attention aux suppressions d'évacuations habituelles ou aux répercussions d'exanthèmes pour être guidé dans le choix des parties sur lesquelles on doit agir de préférence.

Traitement dans les intervalles.

L'accès passé, il faut s'occuper de rétablir le désordre qu'il a produit dans la plupart des fonctions, et chercher à prévenir ou à éloigner l'accès suivant :

1°. Il faut favoriser les phénomènes critiques qui accompagnent les rémissions : ainsi on facilite l'expectoration par des boissons adoucissantes et légèrement expectorantes, ordinairement prises froides, l'eau gommeuse, l'infusion de fleurs de guimauve, de tilleul et de coquelicot, ou de bourrache, qui est aussi diaphorétique. Depuis long-temps surtout on a recommandé les sommités d'hyssope, de scabieuse, de fleurs de tussilage, etc., que l'on édulcore avec de l'oxymel simple, ou mieux avec l'oxymel scillitique; l'hydromel composé nitré, les potions gommeuses ou les loochs avec l'oxymel scillitique, et animés par deux ou trois grains de kermès minéral, s'il y a complication de catarrhe pulmonaire chronique; si le malade est d'une constitution sèche et fort irritable, on se borne aux adoucissans. Enfin, on administre quelques lavemens pour maintenir la liberté du ventre.

2°. On prévient ou éloigne les accès par l'observation exacte des règles de l'hygiène.

1°. *Circumfusa.* On évite de s'exposer aux grandes variations de l'atmosphère, surtout à un temps froid et humide, ou chaud et

trop sec ; on évite de respirer un air vaporeux, des odeurs désagréables, d'habiter un appartement trop étroit et peu aéré : une trop haute température, un grand feu ramènent l'accès ; la chaleur du lit est surtout fort nuisible, et on ferait bien, aux approches de leur retour, de ne pas s'y mettre quelques nuits.

2°. *Applicata.* Il faut que la poitrine des asthmatiques soit libre dans ses mouvemens ; des habits trop étroits, des couvertures trop pesantes nuisent à sa dilatation; si l'on conserve ses habits quand ils sont mouillés, on s'expose à avoir un accès.

3°. *Ingesta.* La nourriture doit être légère et sans excès ; les alimens flatulens, les boissons susceptibles de fermenter doivent être rejetés; mais on évitera surtout les liqueurs alcoholiques, l'eau-de-vie, le rhum, etc. : le café, le thé sont également nuisibles aux asthmatiques.

4°. *Excreta.* Les excrétions méritent une grande attention aux approches de l'accès.

Floyer recommande de faire vomir avant l'attaque ; il a observé plusieurs fois que le vomitif adoucit beaucoup les accès ; il prenait une once d'oxymel scillitique dans du petit-lait ou de l'eau tiède, et un lavement de petit-lait, dans lequel il faisait bouillir légèrement des fleurs de camomille. C'est avec raison que le même auteur défend les purgatifs drastiques, ils augmentent toujours l'intensité des paroxysmes ; on préférera les laxatifs doux et acidulés. Il est également utile d'entretenir une abondante sécrétion d'urine ; on doit faire usage de boissons délayantes et rafraîchissantes; on peut les rendre plus diurétiques par quelques grains de nitrate de potasse.

La sueur doit être facilitée par quelques légers diaphorétiques animés par l'acétate d'ammoniaque.

Il faut rappeler les évacuations sanguines par des saignées locales

ou diminuer la pléthore par la saignée générale. Il en est de même de toute autre excrétion devenue habituelle ; ainsi les cautères, les ulcères établis doivent être exactement entretenus.

5°. *Gesta.* On doit éviter les travaux forcés et l'inaction : rien n'est plus favorable à la santé des asthmatiques qu'un exercice doux et modéré ; ainsi l'équitation, la navigation, la promenade à pied sans fatigue, ou en voiture sur un terrain uni conviennent très-bien.

6°. *Percepta.* Les passions vives de l'âme sont toujours nuisibles à l'approche des accès ; la colère, la crainte, l'inquiétude, etc. donnent souvent lieu à leur retour.

Traitement général.

J'ai dit que ce troisième temps du traitement devait avoir pour but de rétablir les propriétés vitales du poumon dans leur rapport naturel. Certes, si l'on était toujours assez heureux pour y parvenir, on ne devrait pas porter ses vues ailleurs, puisqu'on serait certain de détruire l'effet avec la cause.

C'est pourquoi j'appelle *curatifs* les moyens que l'on emploie pour remplir cette indication : je les distingue en *directs*, c'est à dire ceux qui agissent immédiatement sur les organes de la respiration, et en *indirects*, ceux qui n'ont pas une action immédiate, et qui ne parviennent à ces mêmes organes que secondairement.

1°. Les airs factices ont d'abord été proposés et mis en usage par les Anglais. Suivant l'asthénie ou sthénie des organes respiratoires, on excite ou diminue leurs propriété vitales ; s'il y a grande faiblesse, on fait respirer du gaz oxygène pur ; si elle est moindre, on n'ajoute qu'un quart ou un cinquième de ce gaz à l'air atmosphérique ordinaire sur un pied cube : faut-il, au contraire, diminuer leur trop grande susceptibilité, on ajoute à l'air atmosphérique du gaz azote et quelquefois du gaz hydrogène.

Le professeur *Moreau*, de la Sarthe, cité par le docteur *Zallony*, a employé avec avantage l'inhalation de vapeurs balsamiques. On fait composer une teinture d'éther sulfurique ou de baume du Pérou ou de Tolu, que l'on met dans une bouteille à col renversé, de manière que le malade puisse inspirer tout le gaz éthéro-balsamique qui se dégage. Ce professeur a employé depuis avec avantage des vapeurs émanées d'une teinture composée avec le même éther et la ciguë.

On peut également faire inspirer d'autres vapeurs aromatiques ou narcotiques : mais ces dernières réclament toute l'expérience du médecin praticien.

Par cette médecine pneumatique, on a l'avantage de porter le remède là où réside la maladie; et, si l'on ne parvient pas toujours à la guérir, du moins il est vrai qu'on soulage beaucoup les malades : témoins les expériences du docteur *Thornton*, qui, sur vingt et un asthmatiques, en a guéri radicalement douze et soulagé neuf.

Les moyens indirects qui agissent sur une grande partie ou sur l'organisme en entier peuvent rétablir l'ataxie locale des poumons, en changeant l'état habituel de la maladie ou en lui donnant une nouvelle direction : c'est ainsi que le quinquina, pris dans les intervalles des accès, a guéri cette affection ou a suspendu ses retours.

Zallony cite des exemples de guérisons par l'emploi du phosphore et du nitrate d'argent : il donnait le phosphore dissous dans une huile quelconque, à la dose d'un quart à demi-grain matin et soir; il joignait à ce remède tantôt le quinquina, tantôt l'oxyde de zinc.

Le nitrate d'argent dissous dans l'eau distillée était pris à la dose d'un huitième de grain en commençant. Le docteur *Wilson* a porté graduellement la dose de ce remède, pris en pilules dans de la mie de pain, jusqu'à deux grains et demi sans danger, le malade ne ressentant qu'une légère nausée.

L'usage, continué pendant long-temps, de l'assa-fœtida, de l'extrait de laitue vireuse, de l'acétate de plomb, etc., procure toujours un succès plus ou moins durable. Enfin on peut espérer une cure permanente par le changement d'habitation fait de la ville à la campagn

ou de la campagne à la ville. Mais sur ce point on ne peut donner des règles générales : tel asthmatique qui se trouve bien de l'air de ville, est incommodé de celui qu'il respire à la campagne ; tel autre éprouve le contraire. Cette différence tient à l'idiosyncrasie du sujet; c'est pourquoi son expérience propre, en ce cas, est préférable au conseil du médecin.

Les voyages de long cours, le changement de profession, les eaux minérales en bains ou en boissons, surtout celles qui sont sulfureuses et ferrugineuses, doivent aussi être conseillés. Je citerai entre autres les sources de Bourbon-l'Archambault, qui se trouvent dans le département de l'Allier, et que l'on sait avoir soulagé beaucoup d'asthmatiques; ces eaux sont sagement administrées par un médecin éclairé qui en est l'inspecteur ; celles du Mont-d'Or, dans le département du Puy-de-Dôme, etc.

Ce traitement général doit être modifié suivant la variété des causes ou les modifications de cette maladie; c'est d'après la connaissance de ces différences que le médecin praticien agira.

Je n'entrerai point dans le détail de toutes ces circonstances ; il me faudrait rappeler plusieurs maladies qui sont étrangères au sujet de ma dissertation, uniquement destinée à l'histoire de l'asthme.

OBSERVATION.

Asthme suivi d'ascite (1).

Louis-Jean Le Vaillant, ex-employé, âgé de soixante-sept ans, d'un tempérament lymphatique et nerveux, d'un caractère faible, doux et simple, jouit d'une bonne santé dans sa jeunesse.

A dix-sept ans, il fut saisi d'une vive frayeur à la vue d'un incendie. Pendant deux jours il eut de la dyspnée, des angoisses, du resser-

(1) De M. le professeur *Leroux*, Cours sur les généralités de la médecine pratique, t. 7, p. 66—72.

rement, des crispations dans la poitrine, qui se dissipèrent spontanément et petit à petit les jours suivans.

Un an après, à la même époque, il y eut un retour des mêmes accidens, qui se renouvelèrent de la même manière, et eurent la même durée.

Quatre ans de suite l'accès revint, et toujours à la même époque et avec les mêmes accidens; ensuite il y eut un intervalle de huit ans. A trente ans, sans nouvelle cause, et à une autre époque de l'année, Le Vaillant éprouva le retour de la dyspnée et du resserrement de poitrine; il s'y joignit une toux vive, convulsive, et par quintes fréquentes, qui était suivie d'expectoration de crachats muqueux. Tant que cet accès dura le malade ne put garder une position horizontale; il était obligé de tenir les fenêtres ouvertes la nuit comme le jour. Souvent il ne trouvait de position supportable que quand il se penchait en avant et les coudes appuyés sur la croisée. Cet état d'angoisse dura environ une semaine, pendant laquelle Le Vaillant ne fit usage que d'une infusion d'hyssope; ensuite il recouvra une santé parfaite.

Huit ans après, il survint un second accès, qui fut marqué par les mêmes symptômes, qui parurent avoir augmenté d'intensité, qui dura plus de deux mois, et dans lequel la seule infusion d'hyssope produisit le soulagement, mais pas aussi complètement que la première fois; il resta de la dyspnée et une toux sèche.

Cet état chancelant et pénible a persisté jusqu'en germinal an XIII (fin de mars 1805), que Le Vaillant, ayant perdu sa place, fut livré à de violens chagrins.

Depuis ce temps les accès de l'asthme se multiplièrent, et furent accompagnés des accidens qui les avaient caractérisés précédemment; mais la toux, au lieu d'être sèche, amena une grande abondance de crachats, d'abord muqueux, ensuite très-visqueux, et dont quelques-uns paraissaient puriformes; l'amaigrissement, la débilité, l'œdème des pieds et des jambes, l'anorexie vinrent aggraver les symptômes, qui furent aussi, en messidor de la même année, compliqués par une indigestion, suivie de vomissemens considérables.

Alors la susceptibilité de l'estomac devint telle que le malade ne pouvait digérer que fort peu d'alimens très-légers, et pris en petite quantité. En même temps les urines devinrent rares, et en huit jours l'abdomen acquit un fort grand volume : il y eut des coliques violentes.

Ayant, il y a six mois, pris, de son ordonnance, de la résine de jalap qu'il n'avait pas dosée, Le Vaillant eut, en quarante-huit heures, soixante-cinq évacuations alvines. Excédé de fatigue par cette superpurgation, il fut admis à l'hôpital de la Charité, le 14 thermidor an XIII (2 août 1806), et le lendemain on le fit monter dans les salles de la clinique interne.

Il n'avait plus de symptômes d'affection gastrique; la figure était pâle et décharnée, la maigreur était générale, les gencives étaient gonflées et brunes; il manquait beaucoup de dents, et la plupart de celles qui restaient étaient vacillantes et cariées. La toux était légère; les crachats étaient muqueux et puriformes; la dyspnée qui subsistait était augmentée par la marche et par l'ascension d'un escalier; on ne sentait aucun battement de cœur; le pouls était petit et lent; l'abdomen était volumineux et tendu, on y sentait une fluctuation manifeste. Le malade se tenait couché sur le dos, pour éviter des coliques qui le tourmentaient lorsqu'il se posait sur un des côtés.

Du 16 thermidor au 4 fructidor (du 4 août au 22), l'oppression alla en augmentant, les coliques devinrent plus violentes; elles causèrent quelquefois le vomissement, et plus souvent des évacuations alvines très-liquides. Il y eut de l'insomnie; la faiblesse s'accrut; le ventre fut plus tendu, les membres abdominaux devinrent froids et plus œdémateux; le pouls fut plus petit et plus accéléré. Il se manifesta des taches scorbutiques sur les pieds et sur les jambes; les taches du pied droit menaçaient de gangrène; la langue était sèche et fuligineuse; la soif était intense.

Le 4, il y a un abattement extrême; les yeux sont éteints; le pouls est à peine sensible; la respiration est entrecoupée et râleuse; il y a des hoquets.

Le 5, à huit heures du matin, le malade tombe dans l'agonie; il expire à onze heures.

Ouverture.

Le corps était très-maigre; la face était pâle, et présentait l'image de la décrépitude.

Les organes contenus dans le crâne n'offrent rien de remarquable.

Les deux poumons étaient petits, comme racornis, flétris, très-peu crépitans; ils adhéraient fortement aux plèvres costales, surtout la gauche.

Le cœur et le péricarde étaient parfaitement sains.

L'abdomen contenait cinq à six pintes de sérosité sanguinolente. Les intestins avaient leur calibre fort rétréci; ils étaient pelotonnés au milieu du péritoine. L'épiploon était replié sur lui-même et très-dur. Le péritoine était partout couvert de granulations du volume de la graine de millet; on remarquait ces granulations surtout à la face concave du diaphragme et sur la partie du péritoine qui recouvre les parois intérieures de l'abdomen et le mésentère. Ces granulations, en grande quantité, étaient blanchâtres et fermes. On voyait dans quelques portions des intestins des plaques de matière noire, qui s'enlevaient facilement en les grattant avec le scalpel.

Le foie était intérieurement d'une couleur grise; on y observait une quantité innombrable de grains, qui n'étaient que ceux qui composent cet organe, mais rendus plus visibles par leur couleur blanche. La vésicule du fiel était très-distendue.

Réflexions.

Sur plusieurs observations d'asthme recueillies à la Clinique de la charité, voici la seule que j'ai cru devoir vous présenter, parce que c'est la seule a laquelle il a été possible de joindre l'ouverture du cadavre, moyen de faire connaître l'état du poumon dans cette maladie.

Quoique celle-ci ait été vers la fin compliquée d'une affection qui a beaucoup contribué à la mort du malade, et qu'on ait reconnu des signes manifestes de scorbut, elle n'en présente pas moins dans la longue durée tous les caractères de l'asthme essentiel.

On sentira par quelle raison je me trouve dans une sorte de disette, quand on réfléchira d'abord qu'il y a peu d'asthmes véritables, en comparaison de ceux qu'on croyait reconnaître, lorsqu'on les confondait avec les lésions du cœur; ensuite, parce que cette maladie n'inquiète pas assez les malades indigens pour les engager à venir chercher des secours dans les hôpitaux, ou que s'ils y viennent, ce n'est que pour y être traités des accès de cette maladie, qui est périodique, et qu'ensuite on les perd de vue, ce qui empêche de compléter l'observation.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Qui gibbi ex asthmate, aut tussi fiunt, ante pubertatem pereunt.

II.

Mutationes anni temporum maximè pariunt morbos; et in ipsis temporibus mutationes magnæ tùm frigoris tùm caloris, et cætera pro ratione eodem modo.

III.

Frigida velut nix, glacies, pectori inimica, tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt.

IV.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est.

V.

In exacerbationibus cibum subtrahere oportet : exhibere enim, noxium est, et quæcunque per circuitus exacerbantur, in exacerbationibus subtrahere oportet.